



PARTIZIPATIV, KOMPAKT, INNOVATIV ARBEITEN



EIN HANDLUNGSLEITFADEN

Basierend auf den Erfahrungen des
partizipativen Forschungsprojektes ElfE²:
Vom Modellprojekt zum Transfer in die Fläche.

Auszug Infoblatt 3.1: Gesundheitliche Chancengleichheit stärken: Begriffe, Ansätze
und Herausforderungen

INHALTSVERZEICHNIS

EINLEITUNG

UNGLEICHHEIT UND FEHLENDE TEILHABE GEMEINSAM ZUM THEMA MACHEN	2
--	---

HANDLUNGSLEITFADEN

01 GRUNDLAGEN UND GRUNDFRAGEN	6
02 IN STRUKTUREN EINBINDEN	18
03 MITSTREITER*INNEN GEWINNEN	32
04 EINE FORSCHUNGSGEMEINSCHAFT BILDEN	42
05 DIE GEMEINSAME ARBEIT GESTALTEN	54
06 DER GROSSE BOGEN: GEMEINSAM FORSCHEN	64
07 DIE GEMEINSAME REFLEXION DER ZUSAMMENARBEIT UND DES FORSCHUNGSPROZESSES	84
08 WIRKUNG ENTFALTEN: DIE ERGEBNISSE AUFBEREITEN UND VERBREITEN	98

IMPRESSUM	102
-----------------	-----

INFOBLÄTTER

01 GRUNDLAGEN UND GRUNDFRAGEN

1.1 Was ist Partizipation?	10
1.2 Was ist Partizipative Gesundheitsforschung?	12
1.3 Entscheidungsmacht im partizipativen Prozess	14
1.4 Die kommunikative Gestaltung von Forschungswerkstätten	16

02 IN STRUKTUREN EINBINDEN

2.1 Die Begleitgruppe aufbauen	22
2.2 In der Begleitgruppe kooperativ zusammenarbeiten	24
2.3 Ressourcenbedarf für die Begleitgruppe	26
2.4 Die Veröffentlichung von Ergebnissen und Erfahrungen regeln	28
2.5 Die Verschränkung zwischen der Begleitgruppe und dem Forschungsteam	30

03 MITSTREITER*INNEN GEWINNEN

3.1 Gesundheitliche Chancengleichheit stärken: Begriffe, Ansätze und Herausforderungen	38
3.2 Entscheidungshilfe: „Passt das Projekt zu mir?“	40

04 EINE FORSCHUNGSGEMEINSCHAFT BILDEN

4.1 Eine Forschungsgemeinschaft bilden	46
4.2 Der Einsatz von Messenger-Diensten für die Kommunikation im Forschungsteam	50
4.3 Die Honorierung des zeitlichen Engagements	52

05 DIE GEMEINSAME ARBEIT GESTALTEN

5.1 Finanzieller Ressourcenbedarf für die Forschungswerkstätten	60
5.2 Vertraulichkeit, Datenschutz und Verbindlichkeit	62

06 DER GROSSE BOGEN: GEMEINSAM FORSCHEN

6.1 Der Forschungsprozess im Überblick	68
6.2 Die Überprüfung der Fragestellung	70
6.3 Dialogische Methoden für die Datenerhebung in der partizipativen Forschung	72
6.4 Visuelle und kartenbasierte Methoden für die Datenerhebung in der partizipativen Forschung	76
6.5 Gemeinschaftlich auswerten	80

07 DIE GEMEINSAME REFLEXION DER ZUSAMMENARBEIT UND DES FORSCHUNGSPROZESSES

7.1 Stufenleiterabfrage	88
7.2 Entscheidungsteilnahme mittels einer teilnehmenden Beobachtung reflektieren	90
7.3 Fragebogen zum Forschungsprozess und zur Forschungsgemeinschaft	92
7.4 Die Reflexion der partizipativen Gültigkeit	96



GESUNDHEITLICHE CHANCENGLEICHHEIT STÄRKEN: BEGRIFFE, ANSÄTZE UND HERAUSFORDERUNGEN

Das zentrale Ziel partizipativer Gesundheitsforschung ist die Stärkung gesundheitlicher Chancengleichheit: Diejenigen Gruppen, die nach den Ergebnissen der Gesundheitsberichterstattung im Vergleich zu anderen Bevölkerungsgruppen eine schlechtere Gesundheit haben, sollen besonders gestärkt werden. **Dies ist komplex, da Gesundheit sehr eng mit der sozialen Lage der Menschen verbunden und sowohl Ausdruck als auch Folge gesellschaftlicher Ungleichheiten ist:** Körperlich schwere Arbeit, Schichtarbeit, Sorgen um die Existenz, geringe Erwartungen an eine positive Zukunft für die Kinder, belastende Alltage zwischen Familie und Beruf als Alleinerziehende, erlebte Isolation und wenig soziale Teilhabe durch wenig Geld, das Leben in den „Brennpunkten“ der Stadt mit lauterer Straßen und in kleineren Wohnungen, Belastungen durch langjährige Arbeitslosigkeit. Dies sind nur einige Facetten, wie sich die soziale Lage auf die Gesundheit auswirken kann und zur Erschöpfung und gesundheitlichen Belastung von Familien beiträgt.

Der Zusammenhang zwischen sozialer Lage und Gesundheit ist vielfach belegt und wird über die Gesundheitsberichterstattung des Bundes regelmäßig dargestellt (vgl. http://www.gbe-bund.de/gbe10/trecherche.prc_themenbaum?p_uid=gast&p_aid=0&p_sprache=D&thema_id=200). Neben dem Alter, Wohnort und Geschlecht erfolgt eine Differenzierung verschiedener Bevölkerungsgruppen meist über die Schul- und Berufsausbildung, die berufliche Stellung sowie über das Einkommen. Aus diesen Merkmalen wird für die Gesundheitsberichterstattung der sozioökonomische Status gebildet (vgl. http://www.gbe-bund.de/gbe10/abrechnung.prc_abr_test_logon?p_uid=gast&p_aid=0&p_knoten=FID&p_sprache=D&p_suchstring=25448).

Der sozioökonomische Status wird auch verwendet, wenn es darum geht zu prüfen, ob alle Bevölkerungsgruppen gleichermaßen von gesundheitsbezogenen Angeboten erreicht werden. Und hier zeigt sich ein Dilemma.

WAS MEINT DER BEGRIFF „PRÄVENTIONSDILEMMA“?

Mit dem Begriff des Präventionsdilemmas (Bauer 2005) wird für die Gesundheitsförderung und Prävention ein wirkliches Dilemma beschrieben: Diejenigen Personengruppen, die wegen ihres Gesundheitsrisikos oder ihrer besonderen Schutzbedürftigkeit mit den Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Prävention eigentlich erreicht werden sollen, nehmen diese Angebote weniger häufig wahr (Jordan & von der Lippe 2012). Stattdessen erreicht ein solches Angebot eher diejenigen, deren Gesundheit bereits vergleichsweise besser ist. Die Gründe dafür sind vielfältig und können in verschiedenen Herausforderungen liegen, die den Zugang schwierig machen¹ oder das Angebot passt schlicht nicht zu den Bedürfnissen derjenigen, die damit erreicht werden sollen.

Dadurch verschärft sich der Unterschied in den Gesundheitschancen, der eigentlich gemindert werden sollte.

¹ Als Beispiel kann ein kostenfreies Angebot zur Bindungsförderung für Mütter und Babys im Familienzentrum dienen: Während bereits gut vernetzte und informierte Mütter gerne und natürlich auch kostenfreie Kurse oder Treffs nutzen, fühlen sich Frauen in einer belasteten Lebenslage vielleicht nicht gemeint und eingeladen, haben Befürchtungen, Dinge falsch zu machen oder sich in der Runde nicht wohl fühlen und reinpassen zu können.

UNGLEICHHEIT UND FEHLENDE TEILHABE GEMEINSAM ZUM THEMA MACHEN

Auch in der partizipativen Zusammenarbeit besteht das Risiko dieses „Dilemmas“. Um gesundheitlicher Ungleichheit zu begegnen, soll dennoch und gerade in der partizipativen Gesundheitsforschung mit denen geforscht werden, die in ihrem Lebensalltag diesen verschiedenen und gesteigerten Herausforderungen begegnen, was sich auch auf ihre Gesundheit auswirken kann. **Die betroffenen Menschen haben das Problem, sie sind nicht das Problem.**

Es braucht deshalb nicht nur eine andere Form der Zusammenarbeit, sondern auch einen anderen Zugang zu den Menschen, die im Mittelpunkt der Forschung stehen und deren Stimmen Gehör finden sollen. Für einen anderen Zugang kann das Konzept der „Communities“ hilfreich sein.

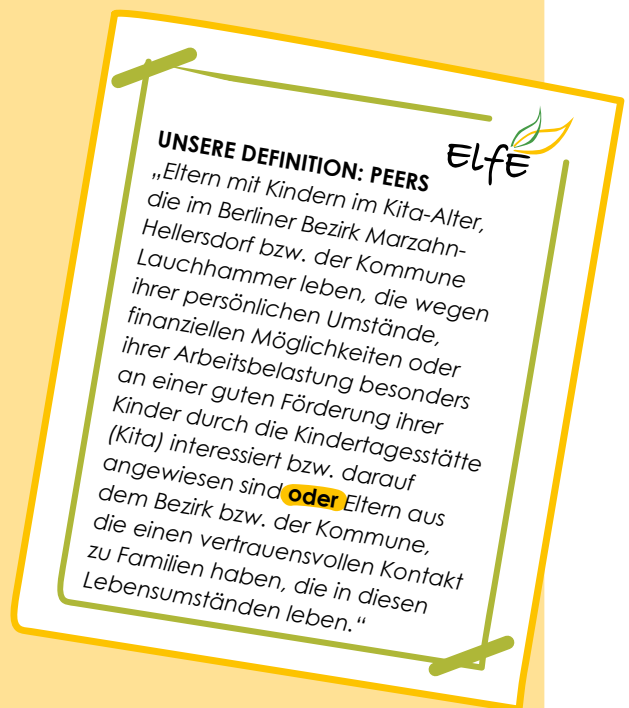
Es ist wichtig, gemeinsam mit den Forschenden aus der Lebenswelt zu klären, wie Ungleichheit zum Thema gemacht werden soll. Sie sind die Schlüsselpersonen für die Gewinnung von Erkenntnissen, es besser machen zu können.



SO HABEN WIR ES BEI ELFE GEMACHT:

In Elfe sollten Eltern aus dem Bezirk Marzahn-Hellersdorf als Mitforschende gewonnen werden, deren Kind/Kinder dort eine Kita besuchen und deren Lebensumstände Herausforderungen beinhalten. Besonders wichtig war es uns, diejenigen anzusprechen, die sich sonst nicht zu Wort melden bzw. es nicht gewohnt sind, ihre Interessen zu vertreten oder die Erfahrung gemacht haben, nicht „gehört“ zu werden. Eltern sollten als „Peers“, d.h. als „Gleiche“ gewonnen werden.

Wir haben aus einer Befragung zu den belastenden Lebensbedingungen folgende Beschreibung für die „Peers“ in Elfe abgeleitet:



LITERATUR UND WEITERFÜHRENDE HINWEISE

Bauer, Ullrich (2005): *Das Präventionsdilemma. Potenziale schulischer Kompetenzförderung im Spiegel sozialer Polarisierung*, Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.

Jordan, Susanne und Lippe, Elena von der (2012): Angebote der Prävention – Wer nimmt teil?, in: Robert Koch-Institut Berlin (Hrsg.), *GBE kompakt* 3(5), [online] http://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Gesundheitsberichterstattung/GBEDownloadsK/2012_5_Praevention.pdf?__blob=publicationFile [abgerufen: 05.09.2020].